



Realidad Epidemiológica de San Andrés, Santa Catalina y Providencia

Yenny Alexandra Bello - Compilador

Juan Carlos Castillo - Revisor

Sandra Consuelo Flores - Vigía del tiempo

Manuel Alejandro Puentes - Encargado de la entrega

Cristian Camilo Rodríguez - Evaluador

Grupo: 151007_16

Presentado a:

Nidia Carolina Naranjo

Tutora

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Escuela de Ciencias de la Salud (ECISA)

Tecnología en Regencia de Farmacia

Diplomado de Profundización en Fundamentos de Salud Pública

Bogotá

Mayo 2018

Introducción

La salud pública como campo de estudio comprende múltiples variables, es decir el desarrollo de esta área tiene en cuenta una serie de conocimientos que se han desarrollado mediante disciplinas como la epidemiología y farmacovigilancia que han sido determinantes para el proceso de planificación y la puesta en marcha de esquemas de respuesta en los temas asociados a la aparición de enfermedades y el registro de estas en el sistema de eventos asociados a salud.

En el marco de ese proceso se encuentra que en Colombia se ha avanzado en la identificación de las enfermedades en salud pública en dos momentos, en un primer momento conceptual de los grupos de enfermedades y en un segundo momento en la implementación de programas de seguimiento y vigilancia para su posterior intervención en los programas de atención de las situaciones que se presenten en este terreno.

En este documento se evidencian de las estrategias implementadas en el campo de la vigilancia en salud pública en Colombia a partir de los lineamientos establecidos por la OMS y que se ejecutan de manera constante por el Instituto Nacional de Salud de acuerdo a las directrices del Ministerio de Salud en materia de eventos en salud pública el propósito de este documento consiste en realizar un análisis epidemiológico en el Departamento de San Andrés y Providencia para entender el desarrollo de un evento en salud pública que sea determinante para el desarrollo de las estrategias que sean necesarias a partir de identificación de dichas enfermedades y la incidencia de las mismas.

Este ejercicio académico tiene un efecto de suma importancia para los profesionales vinculados al campo de la salud, ya que permite detectar y comprender esta información, dado que resulta siendo determinante en el campo de planeación y programación de estrategias que mitiguen el daño causado por la presencia de eventos que afecten la salud pública.

Objetivos

Objetivo Principal

- Realizar un análisis epidemiológico en el departamento de San Andrés y Providencia y Santa Catalina con el fin determinar las acciones que se han tomado en materia de salud pública en el departamento con respecto a la enfermedad de mayor incidencia

Objetivos Específicos

- Indagar cuál es la enfermedad de mayor incidencia y las posibles estrategias en atención salud
- Establecer un marco conceptual que sirva de referente en el caso del departamento de San Andrés
- Identificar los programas de vigilancia sobre eventos en salud pública en Colombia para conocer los referentes nacionales en materia de detección y atención de enfermedades la implementación de estos en el departamento.

Hidrografía: Los recursos hídricos están conformados por las aguas marinas y los depósitos de aguas subterráneas. En la actualidad, la isla de San Andrés cuenta con una planta desalinizadora que surte parcialmente del líquido a la población.

Economía: A partir de la declaración de Puerto Libre de San Andrés en 1953, la base económica de la isla quedó conformada por todas aquellas actividades originadas y derivadas del comercio y el turismo.

Población: San Andrés registró en 2015 una población de 76.442 personas

Información Departamental	
Ciudad Capital	San Andrés
Población 2015 (censo 2005- DANE)	76.442
Cabecera	54.999
Resto	21.443
PIB 2012 preliminar Millones de \$	952.000
Participación Porcentual PIB Nacional	0,14%
Per Cápita (millones de pesos)	12,77
Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas	41
NBI CABECERA %	51
NBI Resto %	15,34
Recursos Presupuesto de Inversión 2015	293.588
Recursos Per Cápita 2015 (pesos)	
SGP Per Cápita	541.870
Inversión Per Cápita	76.442

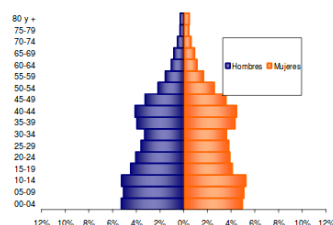
Fuente: DNP-DIFP

Población por sexo



Del total de la población de ARCHIP. DE SAN ANDRES el 49,1% son hombres y el 50,9% mujeres.

Estructura de la población por sexo y grupos de edad



Fuente: DANE 2010

Contexto en Salud Pública

San Andrés a nivel nacional ocupa uno de los primeros lugares que padece enfermedades cardiovasculares siendo esta una de las primeras causas de mortalidad.

El alto índice de personas que sufren enfermedades cardiovasculares. “Progresivamente han ido en incremento las enfermedades cardiovasculares o las enfermedades crónicas no transmisibles específicamente hipertensión, diabetes y las complicaciones que estas ocasionan, es decir aquellos trastornos vasculares periféricos, aquellos trastornos cardiacos, trastornos renales y algunos, eventos cerebrovasculares con la discapacidad que esto eventualmente le puede producir, esto ya está impactando al departamento y hoy día se constituye en la primera causa no solo de enfermar sino también de morir.

Las enfermedades cardiovasculares que padecen los isleños son producto del sedentarismo y la forma de alimentarse Cabe destacar que esta enfermedad se convirtió en una de las primeras causas de enfermedad y mortalidad.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, las ENT representan alrededor del 70% de muerte a nivel mundial; y los principales tipos de estas son las Enfermedades Circulatorias, la Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus, Cáncer y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC. Su característica principal es que son de larga duración y de progresión lenta.

Para 2008, las ENT causaron el 63% de las muertes y se estima un incremento del 15% (44 millones) entre 2010 y 2020, alcanzando el 73% de la mortalidad y el 60% de la carga de la morbilidad.

Dentro de las ENT, las ECV representan la principal causa de muerte. Para 2008, 17 millones de personas murieron por ECV, lo que es equivalente al 48% de las muertes por ENT y el 30% de todas las muertes registradas en el mundo, 7,3 millones de esas muertes se debieron a cardiopatías coronarias y 6,2 millones a accidente cerebrovascular. En todo el mundo, el 42% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares están relacionadas con la cardiopatía isquémica,

34% con enfermedades cerebrovasculares, 7% con enfermedad hipertensiva y 2% con cardiopatía reumática

Fase previa a la aparición de la enfermedad

En esta fase las personas están libres de enfermedad, todavía no han desarrollado la arteriosclerosis. Durante este período, todas las personas están expuestas a factores de riesgo de mayor o menor intensidad que aumentarán más o menos la probabilidad de enfermar con el paso del tiempo. Cada persona tiene una carga genética, una historia familiar heredada de sus padres, que impulsará la arteriosclerosis o la prevendrá según los casos. Además, cada persona adopta unos hábitos y estilos de vida (alimentación, ejercicio físico, tabaco) más o menos saludables que también la protegerán de la enfermedad o la abocarán a ella.

La combinación o interacción de estos factores genéticos con los estilos de vida y otros factores ambientales determina, en gran medida, la probabilidad de enfermar en el futuro. Esta fase previa a la enfermedad comienza incluso antes del nacimiento y puede durar cuarenta, cincuenta o más años, edades a las que suele manifestarse la enfermedad arteriosclerótica.

La importancia de esta fase radica en que la enfermedad cardiovascular puede evitarse, prevenirse modificando en sentido positivo los factores ambientales, sobre todo los estilos de vida, lo que se conoce como prevención primaria. Es especialmente relevante poder detectar a las personas con un riesgo más elevado de desarrollar enfermedad cardiovascular por presentar antecedentes familiares y/o varios factores de riesgo. Para ello se utilizan unas escalas de riesgo especialmente diseñadas con ese fin.

Fase de enfermedad oculta o subclínica

Una vez que la enfermedad cardiovascular comienza, puede permanecer oculta durante años porque no presenta síntomas. Es el caso de la hipertensión arterial, en la cual es frecuente que la persona afectada mantenga cifras tensionales elevadas durante un largo período hasta que la hipertensión se descubre por casualidad (por ejemplo, al consultar por otro motivo se toma la tensión y se

descubre la hipertensión). En esta fase la enfermedad cardiovascular ya existe; lo importante es que sea descubierta, diagnosticada y tratada lo antes posible para evitar que cause daños. Para ello se utilizan las campañas de detección en la población general o las búsquedas oportunistas de enfermedad o factores de riesgo en la consulta aprovechando una visita por cualquier otro motivo; es lo que se conoce como cribaje o screening.

Fase de enfermedad diagnosticada

En esta fase la persona que tiene la enfermedad cardiovascular está diagnosticada y se le ha recomendado un tratamiento que consiste en una modificación de su estilo de vida (mejorar su alimentación, perder peso, realizar ejercicio diariamente, abandonar el tabaco), además de un tratamiento con medicamentos si lo necesita. En este período lo principal es que la persona siga correctamente el tratamiento y no lo abandone o lo modifique por su cuenta tras notar la primera mejoría.

Si el tratamiento no se realiza de forma completa, los factores de riesgo no se controlan suficientemente y la enfermedad sigue una evolución desfavorable. Hay que tener en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son crónicas y, por tanto, los tratamientos durarán el resto de la vida.

Causas

Existen intervenciones costo-efectivas, basadas en la "evidencia", para prevenir y controlar la amenaza de las enfermedades crónicas a nivel mundial regional, nacional y local. Factores de riesgo modificables, como el tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la dieta poco saludable, la insuficiente actividad física, la obesidad, así como la hipertensión, la hiperglucemia y el hipercolesterolemia, son reconocidos como factores de riesgo principales, que contribuyen a la patogenia subyacente de las enfermedades cardiovasculares. Estos riesgos han sido bien estudiados. Por medio de cambios en el estilo de vida y la dieta, se obtiene una disminución de estos. Se sabe que, globalmente, los nueve factores de riesgo cardiovascular medibles y modificables (tabaquismo, hipertensión arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor de 90 cm, hiperlipidemias por

aumento de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos, e hiperglucemia) representan el 90 % del riesgo atribuible a la población para hombres y el 94 % para mujeres, con estimaciones similares en la mayoría de las regiones del mundo, incluyendo a Colombia, India, China y otras partes de Asia. Sin embargo, es importante vigilar, caracterizar y estimar en cada país o región, los riesgos más prevalentes, los índices y los puntos de corte de algunos factores de riesgo, porque el efecto de las estrategias de intervención podría variar en función de factores socioeconómicos, ambientales y culturales particulares.

Cifras

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades transmisibles	23,8	26,2	28,7	22,7	19,1	23,0	20,4
Neoplasias	105,7	96,8	95,6	82,1	64,8	63,8	50,7
Enfermedades sistema circulatorio	147,0	171,4	142,7	187,8	145,6	126,3	172,2
Afecciones periodo perinatal	12,1	13,6	11,0	17,9	8,3	16,7	7,0
Causas externas	51,1	37,6	56,0	31,1	33,2	76,2	56,3
Las demás causas	122,8	109,2	124,6	84,4	67,8	113,9	89,7
signos y síntomas mal definidos	1,5	5,2	2,5	3,8	2,8	1,5	5,4

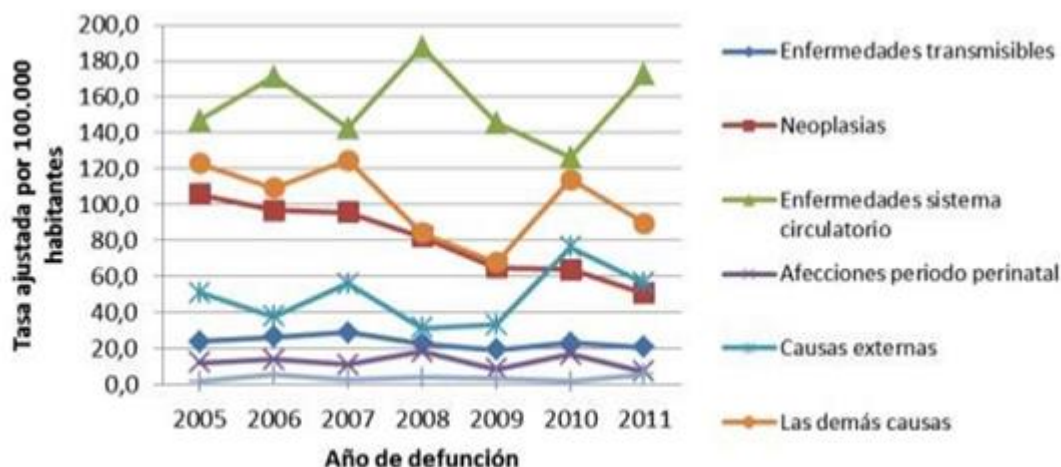
Fuente: DANE

Dentro de este grupo de enfermedades se destaca la isquémica cardiaca o infarto como responsable del mayor número de casos fatales. Para 2011 este fue el responsable de la muerte de 29.000 colombianos, afectado en su mayoría a los hombres, con 16.000 casos. Lo anterior significa que en ese año murieron, en promedio, 80 personas al día a causa de esta enfermedad.

Año	Muertes por enfermedad cardiovascular	% del total de muertes por		Tasa cruda	Tasa ajustada por edad
		todas las causas	enfermedad cardíaca entre 1998 y 2011		
1998	37865	21,6	6,0	93,5	108,6
1999	41082	22,4	6,5	101,8	115,8
2000	42033	22,4	6,7	103,2	114,9
2001	42378	22,1	6,7	103,0	112,1
2002	42400	22,1	6,7	101,9	108,6
2003	43337	22,6	6,9	102,8	107,2
2004	44259	23,4	7,0	103,9	106,1
2005	45546	24,1	7,2	105,9	105,9
2006	46775	24,3	7,4	107,5	106,3
2007	46835	24,1	7,5	106,3	103,3
2008	49256	25,0	7,8	110,5	105,2
2009	47307	24,0	7,5	104,9	97,6
2010	49645	24,8	7,9	108,8	98,9
2011	49642	25,4	7,9	107,7	95,9

Fuente: DANE Estadísticas Vitales

La Isla de San Andrés se produjo el 147,7% (50.871 muertes) de la mortalidad del país durante el año 2010. La principal causa de muerte está relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio que produjeron el 131.6% (11.940 muertes) las defunciones alcanzaron una tasa ajustada de 114,49; seguidas del grupo de las demás enfermedades y de las neoplasias con tasas ajustadas de 94,8 y 42,3 respectivamente



Fuente: DANE SISPRO

Medidas

En 2013 todos los Estados Miembros (194 países) acordaron, bajo el liderazgo de la OMS, una serie de mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de ENT,

entre ellos el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". El citado plan tiene por objeto reducir para 2025 el número de muertes prematuras asociadas a las ENT en un 25%, y ello a través de nueve metas mundiales de aplicación voluntaria. Dos de esas metas mundiales se centran directamente en la prevención y el control de las ECV.

La meta 6 del Plan de acción mundial prevé reducir la prevalencia mundial de hipertensión en un 25%. La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La prevalencia mundial de hipertensión (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) en adultos de 18 años o más se situó en 2014 en alrededor de un 22%.

Programas y estrategias implementadas San Andrés

Debido a que la enfermedad cardiovascular es atribuible a factores de riesgo como; consumo de tabaco, falta de actividad física, la dieta poco saludable que pueden ser modificados, se deben impulsar y fortalecer las diferentes actividades propuestas en los programas de promoción y prevención dirigidos al control de estas patologías.

Para el control de los principales factores de riesgo, desde el nivel político se ha dispuesto de acciones contenidas en normas:

La política nacional de seguridad alimentaria y nutricional que incluye la promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable.

Ley 1335 de 2009 que dictó disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

Ley 1355 de 2009 en la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles incluye los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y las condiciones crónicas prevalentes.

Si realmente se quiere impactar sobre la mortalidad debida a estas causas, se deben orientar las distintas actividades para que se detecten y controlen los factores de riesgo modificables, tarea en la que se requiere el esfuerzo mancomunado del sector salud y de otros sectores.

El Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares desarrolla su labor en las esferas de la prevención, el tratamiento y la vigilancia en todo el mundo. Su objetivo es la elaboración de estrategias mundiales para reducir la incidencia, la morbilidad y la mortalidad de estas enfermedades mediante:

- Políticas integrales de control del tabaco.
- Impuestos para reducir la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal.
- Construcción de vías peatonales y carriles para bicicletas con el fin de promover la actividad física.
- Estrategias para reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Suministro de comidas saludables en los comedores escolares.

Conclusiones

De acuerdo con el análisis realizado se puede determinar que, en la toma de medidas apropiadas para el fortalecimiento de la salud pública en un territorio, es necesario seguir diferentes procedimientos de forma sistemática, para los cuales es necesario poseer los parámetros e información adecuados sobre los cuales trabajar. Con este ejercicio se pudo adquirir un conocimiento sobre las herramientas implementadas por diferentes entidades nacionales que se toman para obtener dicha información y establecen los parámetros para tener en cuenta.

Se puede ver que en el caso colombiano la entidad guía para realizar este tipo de labores en nuestro país es el Instituto Nacional de Salud, así estudiando los aportes realizados por este se pudo conocer una clasificación práctica de diferentes enfermedades, específicamente, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y factor de riesgo ambiental. De esto también se pudo derivar la importancia de no subestimar el daño que puede causar a la salud pública enfermedades no transmisibles, ya que como se pudo determinar la principal causa de muerte en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina son las enfermedades cardiovasculares, lo cual implica unos retos importantes en salud pública, ya que esto va ligado a los determinantes sociales en salud y los estilos de vida que asumen los pobladores de la isla.

Por último quedan reflexiones importantes, dado que al entender conceptos como el de riesgo ambiental, se debe ver que la salud pública aborda muchos de los aspectos de la calidad de vida de las poblaciones y eso en un contexto general implica que los programas de vigilancia sobre eventos contemplen múltiples factores que no se encuentran a simple vista y que propenden por entender la correlación entre las diversidad de causas asociadas a una enfermedad, lo cual hace que sea un reto para los organismos encargados de dichas tareas.

Bibliografía

- Orjuela, L. (2009). Educación para la salud: programas preventivos. Bogotá, CO: Editorial El Manual Moderno Colombia. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2077/lib/unadsp/reader.action?docID=10914758>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades Cardiovasculares. Recuperado de: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Gómez, A. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. Grupo de Fisiología Molecular, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/626/878>
- Instituto Nacional de Salud (2012). Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Recuperado de: <http://simposiovirologia.ins.gov.co/lineas-de->

[accion/Subdireccion-Vigilancia/Paginas/conoce-la-direccion.aspx#.Wvh5P4gvzIU](#)

- Instituto Nacional de Salud (2013). Boletín Observatorio Nacional de Salud. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Boletin-tecnico-1-ONS.pdf>
- MinSalCol (2014). Plan Decenal de Salud Pública. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. Recuperado de:
https://www.youtube.com/watch?time_continue=136&v=oIWSp0Jb7NU
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Decálogo de las Conductas Saludables para evitar y controlar las enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <http://www.cardioinfantil.org/index.php/generales/item/691-consejos-riesgocardiovascular-12>
- Ministerio de salud y protección social. Análisis de situación de salud Colombia 2015. Recuperado de
<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/ASIS%2024022014.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>
- Ministerio de salud y protección Social. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Recuperado de
<http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social

en Salud y se dictan otras disposiciones

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201122%20DE%202007.pdf#search=%252CLEY%25201122%2520de%25202007

- Instituto Nacional de Salud. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2016). Decálogo de las conductas saludables. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20\(2\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20(2).pdf)
- Rojas Sabogal, A. L. (2012). *Manual de Citación Normas APA*. Bogotá D.C.: Universidad del Externado de Colombia.